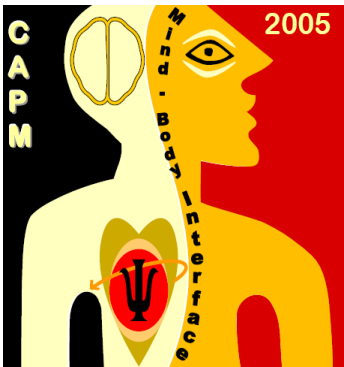


# Communiqué de l'ACMP



## Que veut dire "liaison" en consultation-liaison?

La consultation-liaison en psychiatrie est considérée par plusieurs comme un domaine qui mérite une considération particulière et un champ de compétences suffisant pour être considéré comme une sous-spécialité de la psychiatrie. De toute évidence, un psychiatre se spécialisant en C-L doit non seulement acquérir un fondement solide en termes de connaissances médicales et psychiatriques, mais doit aussi collaborer de manière efficace avec les professionnels dans le milieu de la santé qui n'ont pas habituellement de formation particulière en psychiatrie. Comme Thomas Hackett l'a si habilement articulé dans le Manuel de la Psychiatrie en Hôpital (Hôpital Général de Massachusetts- Hackett and Cassem, 1978, p. 5): «Un service de consultation est

une équipe de secours. Au pire, le travail de consultation n'est qu'une brève incursion dans le territoire d'un autre service... L'intervention en tant que telle est laissée entre les mains de celui qui a consulté l'équipe.

(Cependant), le service de liaison requiert des ressources humaines et financières, ainsi que de la motivation. Le personnel de soutien permet au psychiatre consultant de se consacrer à des services plus poussés que celui de simplement faire l'entrevue de patients difficiles dans le domaine qui lui est assigné. » Pour être efficace dans le travail de liaison, des relations avec des professionnels multidisciplinaires doivent être établies pour que les recommandations du consultant soient mises en application, pour que les troubles psychiatriques puis-

sent être plus facilement repérés par ceux-là mêmes qui consultent la psychiatrie, et pour que les subtils préjugés attachés aux soins psychiatriques puissent être adressés et déstigmatisés. Les unités hospitalières qui ont adopté une attitude ouverte et collaborative envers la psychiatrie de C-L peuvent bénéficier, idéalement, de patients qui ont moins de co-morbidités, de mortalité et de ré-admissions.

En page 3, l'histoire du service de C-L à McGill est décrite en plus amples détails et l'influence du Dr. Z. Lipowski dans l'introduction du concept de la psychiatrie de liaison est discutée. Comme Dr. Granich nous le rappelle, trouver un nom approprié pour notre spécialité remonte jusqu'à cinquante ans plus tôt! PC

### Événements de l'ACMP lors de la rencontre annuelle de l'association canadienne de psychiatrie (CPA) à Terre-Neuve (2009)

- Assemblée générale de l'ACMP: Vendredi, 28 août, 2009. 1200-1330h. Governor LeMarchant (Delta).
- Faciliter la transition des soins adultes chez les adolescents souffrant de conditions médicales chroniques. Drs. Brager, Geist, Granich, Russell. Vendredi, 28 Août. 1430-1615h. Fort William C (Sheraton).
- Agitation chez les patients souffrant de conditions médicales: mise au point sur le sevrage dû à l'alcool et les manies secondaires à une condition médicale. Drs. Hewko and Cook. Samedi, 29 Août. 10:00 - 11:45h. Harbourview G (Delta).

## Le Réseau de Consultation-Liaison de l'Université McGill

Le réseau de consultation-liaison de l'université McGill est un réseau informel de services de consultation et de liaison s'étendant à travers cinq hôpitaux universitaires qui subvient aux besoins psychiatriques de patients souffrant de conditions médicales. Ainsi, le réseau comprend les départements adultes et pédiatriques du Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM), de l'Hôpital Général Juif (HGJ), de l'Hôpital St-Mary's (HSM) et de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.



### Les membres du département adulte de C-L du CUSM:

Dr. Annette Granich- Chef de service  
Dr. Chawki Benkelfat- Médecine interne  
Dr. Marie-Josée Brouillette- VIH, hépatite C

Dr. Dennis Engels- Dermatologie  
Dr. Guillaume Galbaud du Fort- Onco-

logie

Dr. Lawrence Hoffman- Oncologie, Transplantation

Dr. Louis Pinard- Rhumatologie/ Immunologie

Dr. G. Low- Néphrologie

Dr. Zorana Prelevic- Soins palliatifs

Dr. Baldomero Presser- Obstétrique

Dr. R. Alec Ramsay- Clinique de la douleur

Dr. Asher Wilner- Neurologie, Néphrologie

### Les membres du département pédiatrique de C-L du CUSM:

Dr. Ruth Russell – Oncologie and Transplantation de la moelle osseuse

Dr. Fiona Key – Troubles de l'alimentation, Transplantation rénale

### Les membres du département de C-L de l'Hôpital Général Juif:

Dr. V. Zicherman- Chef de service

Dr. K. Looper- Oncologie, Troubles somatoformes

Dr. M. Adams- C-L générale adulte

### Les membres du département de C-L de l'Hôpital St-Mary's:

Drs. M. Cole, M. Elie- Psychogériatrie

Dr. S. Singh- C-L générale adulte

### Les membres du département de C-L de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas :

Dr. J. Joly- Psychogériatrie

Dr M-A. Boisvert- C-L générale adulte

Les sites adultes du CUSM sont l'Hôpital Général de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria, ainsi que l'Institut Neurologique de Montréal et l'Institut Thoracique de Montréal. Actuellement, 12 psychiatres à temps plein ou à temps partiel et 2 infirmières cliniciennes subviennent aux besoins psychiatriques de la population adulte du CUSM souffrant de conditions médicales.

L'équipe de C-L assure aussi de manière active l'enseignement des externes, résidents en psychiatrie ainsi que des résidents d'autres spécialités (neurologie, médecine de famille, urgence, etc.). Les résidents en neurologie complètent deux mois de psychiatrie dans le contexte d'une rotation obligatoire et les externes complètent 3 demi-journées par semaine de C-L. Au CUSM, un stage postdoctoral en médecine psychosomatique est aussi disponible.

Le service de consultation-liaison pédiatrique du CUSM est situé à l'Hôpital pour Enfants de Montréal. Actuellement, un pédopsychiatre à temps plein et une infirmière pédiatrique à

temps partiel sont tous deux présents. Un service de travail social est aussi disponible. Les deux services de pédopsychiatrie collaborent activement, même s'ils maintiennent chacun leur expertise en termes d'évaluation médicale, psychiatrique et neuropsychiatrique ainsi que leur connaissance spécifique des interventions appropriées. Le service de consultation à l'interne permet aux patients hospitalisés sur les étages médicaux, chirurgicaux et des soins intensifs de béné-

ficier d'une évaluation et d'une intervention psychiatrique sur place.

L'apport d'infirmières cliniciennes aux services psychiatriques nous ont permis de subvenir à la croissance persistente en termes de besoins psychosociaux. Mme Micheline Khouzam est une des infirmières cliniciennes du CUSM et a initié un projet de recherche à la fois qualitatif et quantitatif portant sur la perception par les infirmières travaillant dans un centre tertiaire des soins psychosociaux centrés

sur la famille.

Le service de C-L de l'Hôpital Général Juif est constitué de deux psychiatres à temps plein et un psychiatre à temps partiel, ainsi que d'un infirmier à temps plein. Les résidents en psychiatrie ainsi que les résidents des autres spécialités, ainsi que les externes complètent régulièrement des rotations de C-L sur ce service. De plus, les externes et les résidents participent à la clinique de psycho-oncologie et à la clinique périnatale

## Histoire du service de C-L à l'hôpital Royal Victoria (site faisant partie du CUSM)-Dr. Annette Granich, Chef de service

de santé mentale. Des services spécifiques de C-L sont aussi fournis dans le contexte des soins intensifs, de la clinique d'hépatite C, du centre de cancer Segal et de la clinique de fonction cardiaque.

L'Hôpital St-Mary's est un hôpital communautaire affilié à l'université McGill. Les résidents complétant leur rotation en psychogériatrie et les résidents en médecine de famille sont impliqués dans le service de C-L pendant leur rotation de psychogériatrie.

Le service de C-L au CUSM remonte aux années 1950 avec le recrutement de Dr. E. Wittkower, un psychanalyste du Royaume-Uni qui avait un intérêt spécial pour les problèmes dermatologiques et thyroïdiens. Il établit par la suite des liens soutenus avec les autres spécialistes médicaux pour soutenir un service de consultation et de recherche grandissant et a introduit la notion de « Service Psychosomatique ». En 1959, Dr. Z. J. Lipowski, qui complétait à ce moment une formation avancée en C-L à l'Hôpital Général du Massachusetts, fut invité à se joindre au personnel de l'Institut Allan

Memorial après son stage postdoctoral. Il proposa que le terme de « Service Psychosomatique » soit remplacé par un terme plus large, avec un lien plus évident avec le Département de Médecine. Dr. Lipowski suggéra le nom de « Service de Consultation en Psychiatrie ». Le personnel s'opposa à cette suggestion, en argumentant qu'avec ce nom le service pouvait être confondu avec le service de consultation en psychiatrie dans le département d'urgence, et ainsi perdre son identité distincte. Dr. Lipowski insista: "Mon objection au terme "psychosomatique" vient du fait que

ce terme connote une spécialité se concentrant seulement sur les « troubles psychosomatiques » comme les ulcères gastriques et qu'ainsi ce nom donne une impression fautive de l'envergure des interventions d'un psychiatre travaillant de concert avec des départements non-psychiatriques. Pour cette raison, je suggérerais que nous adoptions le titre de « Service de Liaison Psychomédicale » qui semble plus spécifique et approprié. » En 1964, le « Service de Consultation Psychosomatique » devint le « Service de Consultation en Psychiatrie ». Cette année-là, deux jeunes recrues, Dr. F. Lowy, formé à Cincinnati, et Dr. D. Engels, formé à Boston, se sont joint

au département. Tous deux sont encore présentement des membres actifs du service de C-L au CUSM. AG

### L'Académie Canadienne de Médecine Psychosomatique

141 Laurier Avenue Ouest, Ste 701

Ottawa, Ontario K1P 5J3

(613) 234-2815 ext 221

(613) 234-9857 (Fax) email: pechan@interchange.ubc.ca

## Affiliation avec la Fédération Mondiale des Sociétés de Psychiatrie Biologique

L'ACMP a une affiliation organisationnelle avec la Fédération Mondiale des Sociétés de Psychiatrie Biologique depuis ses débuts. La publication de la Fédération est le « World Journal of Biological Psychiatry ». Un certain nombre de recommandations de traitement avec une perspective globale ont été publiées sur plusieurs troubles psychiatriques et sont disponibles sur

le site internet du World Federation of Societies of Biological Psychiatry, incluant les recommandations les plus récentes sur le traitement de la manie. Le 9<sup>ème</sup> congrès mondial sera tenu à Paris du 28 juin au 2 juillet 2009; cette rencontre annuelle est habituellement assez populaire. L'affiliation sera, on l'espère, fructueuse, et servira de tremplin pour l'organisation collabo-

rative d'événements éducationnels dans le futur.



## Investigation du rôle de différents systèmes biologiques dans l'étiologie de la dépression reliée à l'interferon

Marie-Josée Brouillette, MD, FRCPC, CUSM

Dans les dernières années, le rôle du système immunitaire dans la pathophysiologie de la dépression a suscité un intérêt croissant. Le traitement de l'hépatite C avec l'interferon-alpha est associé avec une plus grande incidence de dépressions cliniques. Ce traitement peut être impliqué dans l'étude des mécanismes qui sont sous-jacents à dépression clinique. Dr. Brouillette et ses collaborateurs planifient de mener une étude longitudinale des facteurs associés avec le développement de symptômes dépressifs dans une cohorte de 130 patients avec hépatite C traités avec IFN- $\alpha$ . Ils porteront

une attention particulière aux altérations du système sérotonergique, des paramètres neuro-immunologiques et des mesures reliées à l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénales afin d'établir des relations entre ces mesures et le développement de troubles de l'humeur. Parce que la génétique joue aussi un rôle



important dans la dépression, les chercheurs porteront aussi attention à l'histoire personnelle et familiale de troubles de l'humeur chez les sujets concernés. Finalement, ils chercheront à élucider les interactions entre les composantes biologiques, génétiques et environnementales citées ci-haut et le développement des troubles de l'humeur. Cette étude fournira des données probantes sur les composantes et systèmes associés avec le développement de la dépression.

## Dépistage de la dépression chez les patients souffrant de cancer du sein: détresse aigüe vs. détresse persistente

<sup>1,2</sup>Guillaume Galbaud du Fort; <sup>3</sup>Karl Looper; <sup>3</sup>Zeev Rosberger; <sup>4</sup>Jean-Paul Collet; <sup>4</sup>Jean-François Boivin.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Général Juif, <sup>2</sup>Département of Psychiatrie, CUSM, et <sup>3</sup>Hôpital Général Juif

La dépression est relativement fréquente chez les patients souffrant de cancer du sein, mais reste souvent non-traitée. Même si divers instruments de dépistage ont été développés pour améliorer la détection d'un trouble de l'humeur chez les populations avec des conditions médicales, leur performance reste sous-optimale. Un obstacle majeur pour la mise en application d'un dépistage dans la pratique quotidienne de la psycho-oncologie est un niveau satisfaisant de sensibilité qui peut seulement être obtenu au détriment d'une plus gran-

de proportion de résultats faussement positifs. Notre hypothèse de recherche est que, dans une proportion substantielle de sujets, la détresse est une réaction aigüe au stress, et non le premier signe d'une condition psychiatrique sous-jacente. Pour tester cette hypothèse, nous avons utilisé un protocole randomisé pour comparer 2 stratégies pour détecter la dépression dans un échantillon de femmes en traitement pour le cancer du sein: l'approche standard (le groupe de « détresse aigüe »), où la patiente se voit offrir une évaluation psychiatri-

avec un score élevé lors de la première entrevue est encore en détresse lors d'une deuxième entrevue 2 semaines plus tard. Après 43 mois de collecte de données, 1545 femmes ont été recrutées pour cette étude, dont 343 femmes (22.2%) avec un score de détresse au-dessus du seuil limite. Parmi les 174 femmes randomisées au groupe avec « détresse persistente »

et ré-évaluées deux semaines plus tard, 62 (39.7%) avaient un score en-dessous du seuil limite. Nous concluons que la détresse aigüe est une réaction transitoire de stress avec un rétablissement rapide dans approximativement 40% des cas. Ceci devrait constituer une étape vers la mise en application d'un dépistage

Ref: Sockalingam S, Abbey SE.

Management of depression during hepatitis C treatment. La revue de canadienne de psychiatrie. ( Sous presse, Automne, 2009)

que si elle reçoit un score élevé (au-dessus du seuil limite) lors de la première mesure, et une stratégie alternative (le groupe de « détresse persistente »), où l'évaluation psychiatrique est seulement offerte si la patiente

efficace de la dépression dans le cancer du sein.





## Interactions médicamenteuses entre le tamoxifène et les antidépresseurs via l'enzyme cytochrome P450-2D6

*Julie Desmarais, MD, Karl J. Looper MD, FRCPC, HGJ*

Le tamoxifène est un modulateur sélectif de la sérotonine qui est utilisé pour traiter le cancer du sein et prévenir une récurrence locale ou métastatique. Des études récentes montrent que, très probablement, les antidépresseurs, par l'inhibition de l'enzyme cytochrome p450-2D6, diminuent le métabolisme et la transformation du tamoxifène en une composante plus active (l'endoxifène). Dans un article en attente de publication dans le *Journal de Psychiatrie Clinique* (*Journal of Clinical Psychiatry*), Drs. Desmarais and Looper font une revue de la littérature concernant les inte-

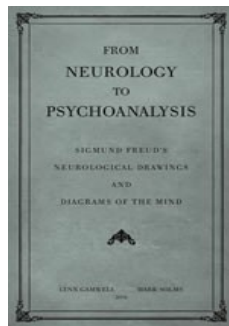
ractions entre les antidépresseurs et le tamoxifène via l'enzyme cytochrome p450-2D6, et offrent des suggestions de traitement. Des études cliniques et non-cliniques, la plus récente datant du mois d'août 2008, furent extraites de la banque Pubmed, incluant 7 essais cliniques impliquant le tamoxifène et les antidépresseurs. La paroxétine et la fluoxétine ont un effet significatif sur le métabolisme du tamoxifène et ne devraient pas être utilisées simultanément avec le tamoxifène. Le bupropion inhibe aussi de manière modérée l'enzyme 2D6 et ne devrait pas être utilisé. La venlafaxine

a peu ou pas d'effet sur le métabolisme du tamoxifène et est le choix le plus sécuritaire en terme d'antidépresseurs. La mirtazapine et la desvenlafaxine ont peu d'effets sur l'enzyme 2D6 et sont aussi des choix sécuritaires d'antidépresseurs. Les autres antidépresseurs ont des effets minimes sur l'enzyme 2D6. Heureusement, les cliniciens peuvent choisir parmi les options énumérées ci-haut pour traiter la dépression de manière efficace et sécuritaire chez les femmes qui prennent aussi le tamoxifène.

## Le 9ième Congrès International de Neuropsychanalyse

Le 9ième congrès international de neuropsychanalyse a été tenu à l'Institut Neurologique de Montréal du 25 au 28 juillet 2008. Le thème du congrès était : « Le moi en conflit : perspectives en neuropsychanalyse ». Parmi les conférenciers se trouvaient Suzanne Corkin, Todd Feinberg, Joy Hirsch, Robert Michels, Georg Northoff, Jaak Panksepp et Mark Solms. Asher Wilner, MD, FRCPC, du CUSM, département de C-L adulte, faisait partie du comité organisateur. Mark Solms a donné des copies signées de son livre "Freud's Neurological Drawings" aux bibliothèques de l'Institut Neurologique de Montréal et de l'Institut Allan Memorial pour commémorer l'événement.

ques de l'Institut Neurologique de Montréal et de l'Institut Allan Memorial pour commémorer l'événement.



Le livre peut être visionné sur le site:

[artmuseum.binghamton.edu/freudbook/](http://artmuseum.binghamton.edu/freudbook/)

## La nouvelle représentante des résidents sur le comité de l'ACMP: Dr. Tuong-Vi Nguyen, de l'université McGill

Dr. Nguyen est notre nouvelle représentante sur le comité de l'ACMP et cherche à développer un réseau de résidents avec un intérêt pour la médecine psychosomatique et la consultation-liaison. Elle est couramment bilingue et s'est chargée de la traduction du journal en version française. Elle travaille présentement sur un sondage portant sur la perception de

la consultation-liaison chez les résidents en psychiatrie et espère promouvoir la création d'une section pour résidents dans le journal de l'ACMP, ce qui pourrait générer un plus grand intérêt chez les membres en formation pour la consultation-liaison et augmenter l'adhésion à l'ACMP. En page 6, elle a écrit un article suivants qui sont des résumés de

conférences portant sur la médecine psychosomatique données dans le cadre de la rencontre annuelle de l'association américaine de psychiatrie (APA, 2009).



## L'ACADEMIE CANADIENNE DE MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE CONSEIL

Dr. Peter Chan, Président  
Dr. Susan Abbey, Vice-président et président élu  
Dr. Fabien Gagnon, Président sortant  
Dr. Louis van Zyl, Secrétaire-trésorier et Président sortant

Dr. Stephen Fitzpatrick, BC  
Dr. Nathan Schaffer, BC  
Dr. Nancy Brager, AB  
Dr. Tuong Vi Nguyen, QC  
Dr. Annette Granich, QC  
Dr. Marie-Josée Brouillette, QC  
Dr. Karl Looper, QC  
Dr. Mark Bosma, NS

L' Association Canadienne de Médecine Psychosomatique (ACPM) est une des 4 associations reconnues par l'Association Canadienne de Psychiatrie. Ses membres sont des psychiatres pratiquant la consultation-liaison et travaillant dans divers milieux hospitaliers à travers le pays. L'ACMP a été fondée en 2005. Un des objectifs principaux est de travailler de concert avec les institutions académiques pour développer, mettre en application et évaluer les standards de formation pour les étudiants de médecine, les résidents et psychiatres dans le domaine de la médecine psychosomatique.

L'adhésion est de 75\$ par année pour les psychiatres et est gratuite pour les membres en formation (externes, résidents). Joignez-vous à nous dès aujourd'hui!

Courriel pour faire application:  
[pechan@interchange.ubc.ca](mailto:pechan@interchange.ubc.ca).

### **Les maladies cardiovasculaires et la psychiatrie (conférence donnée par Peter Shapiro, MD, université Columbia). 2009 APA, San Francisco. Dr. Tuong-Vi Nguyen**

De plus en plus de données s'accumulent sur les facteurs psychiatriques qui ont un impact sur la maladie cardiovasculaire. L'**anxiété**, même si elle ne semble pas être un facteur prédisposant pour le développement de la maladie cardiovasculaire, corrèle cependant avec la mort cardiaque subite chez les patients souffrant de maladie coronarienne. L'**hostilité et la colère**, même si les résultats des études sont contradictoires, semblent associées à un infarctus du myocarde si présentes 1-2 heures avant l'événement. Le **stress mental chronique** dans l'année précédant un événement cardiovasculaire a été associé avec l'infarctus dans l'étude INTERHEART (n=6000 IM, cas répertoriés dans 52 pays).

Le **syndrome de stress post-traumatique** corrèle avec la maladie coronarienne. La **dépression** demeure un facteur de risque important, présente dans 70% de nouveaux cas de maladie coronarienne et augmentant de 3-4 fois le risque de mort cardiaque subite chez ceux avec des antécédents d'infarctus. Ce risque de mort subite ne diminue que partiellement avec la revascularization, et demeure deux fois plus élevé que chez ceux sans histoire de dépression.

En termes de traitement, les **ISRS et autres antidépresseurs de seconde génération**, sont associés, tout au mieux, avec un bénéfice modeste dans le traitement de la dépression après un infarctus du myocarde. Les antidépresseurs déjà étudiés sont : fluoxétine, sertraline (étude SADHART - sertraline est sécuritaire chez les patients avec un IM), citalopram (étude CREATE- citalopram plus efficace que le placebo chez les patients souffrant de maladie coronarienne stable) et mirtazapine (étude MIND-IT- mirtazapine associée avec un bénéfice à court terme mais pas de bénéfices à long terme). La **psychothérapie** a aussi été étudiée (étude ENRICH- thérapie cognitive comportementale associée avec un bénéfice positif modeste; étude CREATE- thérapie interpersonnelle n'est pas plus efficace que l'intervention de contrôle). Un bénéfice en termes de temps de survie n'a pas été étudié entre les agents cités plus haut, même s'il semble avoir un bénéfice en termes de survie chez les patients qui sont en rémission de leur dépression, que ce soit dans le groupe d'intervention ou le groupe contrôle.

Par ailleurs, des problèmes psychiatriques communs autres que la dé-

pression émergent souvent après un infarctus du myocarde. Par exemple, la **dysfonction sexuelle**, l'**anxiété** et le **syndrome de stress post-traumatique** relié aux **défibrillateurs** affectent la qualité de vie des patients. Chez les patients plus vieux, le syndrome de stress post-traumatique a été corrélé avec une plus grande mortalité. Le **déli-rium** et les **changements neuro-cognitifs après un infarctus** sont un autre aspect clinique important, pouvant contribuer à une plus grande comorbidité cardiovasculaire et à une plus grande fréquence d'événements cardiovasculaires.

Ref: The Canadian Cardiac Randomized

Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial.

Lespérance F, Frasur-Smith N, et al.

JAMA. 2007 Jan 24;297(4):367-379.

